



## FICHE D'INSCRIPTION

### Service de dîner

École : <b>JEAN-BAPTISTE-MEILLEUR</b>	Année scolaire <b>2017-2018</b>
---------------------------------------	---------------------------------

### IDENTIFICATION

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Langue parlée et comprise par l'enfant :		Numéro d'assurance maladie	
Lieu de naissance :		Expiration Année Mois	
Adresse		Code postal	Téléphone
Nom et prénom du père	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléavertisseur ou cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			
Nom et prénom de la mère	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléavertisseur ou cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			

L'élève demeure chez : #_____	Envoyer la correspondance à :						
1 : Son père et sa mère 2 : Son père 3 : Sa mère 4 : Garde partagée 5 : Autre :	Nom :		Prénom :				
	Adresse de correspondance (si différente de celle du père ou de la mère)				Code postal :		
<b>Veillez cocher le degré de votre enfant :</b>							
Pré-maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Le prix pour le service de surveillance des dîners est de 2,75\$ / par jour.**

**Pour le bien de tous, nous tenons à vous rappeler, de ne pas apporter des bouteilles en verre, des aliments contenant des noix et/ou des arachides.**

**Nous vous demandons également de bien vouloir fournir une boîte à lunch identifiée au nom de votre enfant, des ustensiles et un « ice-pack » ou tout autre objet permettant de garder au froid, le repas de votre enfant.**

<b>En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :</b>			
Nom et prénom	Adresse	Téléphone à domicile	Autre (s) téléphone (s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**CHOIX D'HORAIRE**  
(mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Bloc du midi :					

**\*Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures et le numéro d'assurance sociale est obligatoire.**

**Nom du payeur :** \_\_\_\_\_ **N.A.S. :** \_\_\_\_\_

<b>Date du début de la fréquentation au service de dîner :</b>	Année	Mois	Jour
	_____	_____	_____

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

**EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ-E AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE DÎNER À ADMINISTRER, EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.**

Conduire mon enfant à : Nom de l'hôpital :	Téléphone
_____	_____

Aviser le médecin traitant : Nom du médecin :	Téléphone
_____	_____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie médicamenteuse ou d'une allergie alimentaire?  
Oui  Non

(Si oui, préciser laquelle ou lesquelles) \_\_\_\_\_

Remarque :

**AUTORISATION**

Je soussigné (e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de dîner et je m'engage à les respecter à défrayer les frais de dîner.

<b>Signature du parent ou du tuteur</b>	Date		
	Année	Mois	Jour
_____	_____	_____	_____

(\*) Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par la Commission scolaire (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature

Date

Signature

Date